

اثربخشی بسته نمایش درمانی بر مبنای ذهنی سازی بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی

- **خدیدجه کابلی**، دانشجوی دکتری گروه روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، پردیس علوم و تحقیقات فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران
- **محمد رضا بردیده***، استادیار، گروه روان شناسی، واحد فیروزآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، فیروزآباد، ایران
- **سیامک سامانی**، دانشیار، گروه روان شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران
- **لیلا خبیر**، استادیار، گروه روان شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۲۳ • تاریخ انتشار: مهر و آبان ۱۴۰۳ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۲۵ - ۳۴

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش اثربخشی بسته نمایش درمانی بر مبنای ذهنی سازی بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی بود.

روش پژوهش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش آموزان سنین ۹ تا ۱۱ سال با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی شهر زنجان در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر بود (۱۵ نفر گروه آزمایشی و ۱۵ نفر گروه گواه) که از جامعه آماری به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و در ۲ گروه آزمایشی و گواه جایگماری شدند. برای گروه آزمایشی، بسته نمایش درمانی بر مبنای ذهنی سازی اجرا شد در حالی که گروه گواه در فهرست انتظار باقی ماند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی کانرز (۲۰۰۷) و پرسشنامه تنظیم هیجان برای کودک و نوجوان (۲۰۱۲) بود.

یافته ها: نتایج نشان داد که نمایش درمانی بر مبنای ذهنی سازی بر بهبود تنظیم هیجان در مراحل پس آزمون و پیگیری تأثیر معنادار داشته است ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: یافته های این پژوهش اطلاعات مفیدی را در ارتباط با بسته نمایش درمانی بر مبنای ذهنی سازی فراهم می کند و مشاوران و روان شناسان می توانند برای بهبود تنظیم هیجان در کودکان با نارسایی توجه / بیش فعالی از این مداخله استفاده نمایند.

واژه های کلیدی: اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، تنظیم هیجان، ذهنی سازی، نمایش درمانی

مقدمه

اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی^۱ یک اختلال عصبی تحولی است که با بی توجهی، بیش فعالی و تکانشگری مشخص می شود. علائم این اختلال باید در عملکرد یا رشد، اختلال ایجاد کند و در بیش از یک موقعیت وجود داشته باشند (برای مثال، در خانه، مدرسه و محل کار) (۱). کودکان با این اختلال در یادگیری، روابط خانوادگی و تعامل اجتماعی با مشکلاتی روبه رو هستند (۲). اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، ۵ تا ۷ درصد از کودکان و نوجوانان را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می دهد (۳). شیوع این اختلال در پسران نسبت به دختران در دوران کودکی و در مردان نسبت به زنان در بزرگسالی بیشتر است (۴). اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در کودکان اغلب تا اواخر نوجوانی و بزرگسالی ادامه می یابد که یک عامل خطر برای سایر مسائل بهداشت روانی، از جمله رفتارهای ضد اجتماعی، آسیب رساندن به خود و سوء استفاده از مواد است (۵). همچنین این اختلال با چندین مشکل سلامت جسمانی مانند چاقی، فشار خون بالا، حمله قلبی و آسم مرتبط است (۶). اگرچه علت اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی تا حد زیادی ناشناخته و پیچیده است، اما با تعاملات ژن-محیطی متعدد مشخص می شود (۷). تغذیه مادر در دوران بارداری، قرار گرفتن در معرض آلودگی هوا، سموم و فلزات سنگین در دوران بارداری، زایمان زودرس، شرایط روانی اجتماعی نامطلوب، وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین به عنوان عوامل خطر اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در کودکان گزارش شده است (۸، ۹، ۱۰).

از سویی، یکی از عواملی که بر عملکرد اجتماعی و عاطفی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی تأثیر منفی دارد، اختلال در تنظیم هیجان^۲ است (۱۱). تنظیم هیجان به عنوان یک فرآیند از پایین به بالا در نظر گرفته می شود و نشان دهنده توانایی فرد برای تغییر حالت هیجانی به منظور دستیابی به رفتارهای سازگارانه و هدف گرا است (۱۲). تقریباً ۴۸ تا ۵۴ درصد از کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، مشکلات همبودی با تنظیم هیجان را نشان می دهند (۱۳). کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی که در تنظیم هیجانی مشکل دارند، با مهارت های اجتماعی پایین، احتمال بیشتر عدم رفع علائم بیش فعالی در بزرگسالی و کیفیت زندگی پایین تر نسبت

به کودکان بدون اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی همراه هستند (۱۴). همچنین دشواری در تنظیم هیجانی با سال های کمتر تحصیلی، احتمال کمتر فارغ التحصیلی از دبیرستان و دانشگاه و نرخ بالاتر ترک تحصیل همراه است (۱۵). از طرفی، تنظیم هیجانی می تواند یک عامل محافظتی در برابر استرس باشد. در همین رابطه بروکس^۳ و همکاران (۱۶) در مطالعه خود نشان دادند کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی که سطح بالایی از خودتنظیمی هیجانی داشتند، بهتر با موقعیت های استرس زا در مدرسه، امتحانات یا در زندگی روزمره کنار آمدند. علاوه بر این، اختلال در تنظیم هیجان برای بسیاری از افراد با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی تا بزرگسالی ادامه می یابد (۱۷) و خطر ابتلا به اختلالات روانی (مانند اختلال نافرمانی مقابله ای، اضطراب، افسردگی) را به همراه دارد (۱۸).

بنابراین، کاهش اختلالات هیجانی در اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی با توجه به پیامدهای منفی که بر زندگی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی دارد، ضروری است (۱۹). امروزه یکی از شیوه های نوین مقابله با ناراحتی های روانی-عاطفی که در سطح جهان مورد تأکید قرار گرفته است، نمایش درمانی^۴ است (۲۰؛ ۲۱). مداخله مبتنی بر نمایش، یک شکل خلاقانه از روان درمانی است که رشد و تحول روانی را از طریق استفاده سیستماتیک و عمدی از فن های نمایش و تأثیر ارتقاء می دهد (۲۲؛ ۲۳). روش هایی از جمله بازی های تأثیر، بداهه پردازی، خیمه شب بازی، قصه گویی، نمایش عروسکی، ایفای نقش که برای تغییر وضعیت بیماری و بحران به کار می روند، از انواع مداخلات مبتنی بر نمایش هستند (۲۴؛ ۲۵). نمایش درمانی ظرفیت کودک را برای بازی کردن، استفاده از بازی برای دسترسی به احساس ها و بیان آنها، دستیابی به بینش و در نظر گرفتن موفقیت آمیز دیدگاه ها در موقعیت های مختلف افزایش می دهد (۲۶). نمایش درمانی به افراد این امکان را می دهد که به جای صحبت کردن در مورد مسائل شان، با به نمایش درآوردن، آنها را حل کنند؛ در این نوع مداخله حوادث گذشته، ترس ها و آرزوهای آینده به زمان حال منتقل شده و برطرف می شوند (۲۷). در راستای اثربخشی این مداخله درمانی امیری و همکاران (۲۸) نشان دادند که تأثیر درمانی منجر به بهبود معنادار تنظیم هیجان، اضطراب

1. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

2. Emotion regulation

3. Breux

4. Drama Therapy

نارسایی توجه / بیش فعالی اثربخش تر باشد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی نمایش درمانی بر مبنای ذهنی سازی بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی انجام گرفت.

روش

طرح پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، دانش آموزان سنین ۹ تا ۱۱ ساله با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در مدارس شهر زنجان مشغول به تحصیل بودند که با مراجعه به مدارس، کودکانی که قبلاً توسط مشاوران آموزش و پرورش تشخیص اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی دریافت کرده بودند به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. برای تشخیص دقیق تر، پرسشنامه اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی کانرز تکمیل و مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته با کودکان صورت گرفت. در نهایت، از بین این کودکان نمونه ای شامل ۳۰ نفر براساس ملاک های ورود انتخاب و سپس در ۲ گروه آزمایشی و گواه جایگزین شدند (۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه گواه). ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: محدوده سنی ۹ تا ۱۱ سال، کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، عدم شرکت در کلاس های آموزشی روان شناختی دیگر و نداشتن بیماری جسمی و روان شناختی حاد و مزمن دیگر. همچنین ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت در ۲ جلسه آموزشی و عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در دوره آموزشی بود. برای جمع آوری داده ها، در این پژوهش از پرسشنامه اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی کانرز و پرسشنامه تنظیم هیجان برای کودک و نوجوان استفاده شد.

پرسشنامه اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی کانرز

۱ (فرم معلم): این پرسشنامه توسط کانرز و همکاران (۳۹) با هدف ارزیابی اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در کودکان تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۸ پرسش است که توسط معلم تکمیل می شود. نمره دهی پرسش ها با استفاده از مقیاس سه نمره ای لیکرت (اصلاً=۰ تا خیلی زیاد=۳) انجام می پذیرد و نمره کل آزمون بازه ای از صفر تا ۱۱۴ دارد. نمره بالاتر

تعامل اجتماعی و حساسیت اضطرابی می شود. رستم پور و حسین ثابت (۲۹) نیز دریافتند که نمایش درمانی تأثیر مثبت و معناداری بر ذهن آگاهی و تنظیم هیجان در دانش آموزان پسر دبیرستانی داشته است.

یکی دیگر از مداخلات درمانی که در سال های اخیر جهت بهبود مشکلات رفتاری کودکان به کار برده می شود، درمان مبتنی بر ذهنی سازی^۱ است (۳۰؛ ۳۱). این الگوی درمانی، مبتنی بر ۲ مفهوم اصلی است: ۱) نظریه دلبستگی بالبی و ۲) ذهنی سازی (۳۲). کانون اصلی این رویکرد، کمک به درمان جو است تا تجربه های ذهنی خود را به سطح هشجاری آورد و خویشتن را به عنوان یک کل یکپارچه ادراک کند (۳۳) از این رو، هدف درمان نیز رشد و تقویت ظرفیت ذهنی سازی از طریق رابطه درمانی و افزایش ظرفیت شخص برای شناخت افکار و احساساتی است که تجربه می کند (۳۴). تفاوت این روش درمانی با دیگر روش ها در این است که در این درمان افراد بودن در زمان حال را تجربه خواهند نمود که به آنها این اجازه را می دهد تا جنبه های رفتاری، شناختی و هیجانی خود را به طور بی طرفانه قضاوت نمایند (۳۵). نتایج بشریور و عینی (۳۶) نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر بهبود بدتنظیمی هیجانی آزمودنی ها اثربخش است. نتایج قنبری و همکاران (۳۷) نیز حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر کارکرد عاطفی و تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی بود. در مطالعه ای دیگر گامبین^۲ و همکاران (۳۸) دریافتند که بین توانایی ذهنی سازی و تنظیم هیجان در نوجوانان رابطه معناداری وجود دارد.

با در نظر گرفتن یافته های پژوهش ها و تأثیر منفی بدتنظیمی هیجانی بر زندگی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، بهره گیری از مداخلات مناسب می تواند به بهبود مشکلات این افراد منجر شود و تغییرات قابل ملاحظه ای در شیوه ی توان بخشی افراد با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی ایجاد کند. از طرف دیگر، با نگاهی بر آنچه که مرور شد می توان گفت: نمایش درمانی و درمان مبتنی بر ذهنی سازی به تنهایی بر روی مؤلفه های هیجانی و عاطفی اثربخش هستند اما از آنجا که اتخاذ رویکردهای تلفیقی و ترکیبی از رویکردهای تک عاملی کارآمدتر می باشد، بنابراین به نظر می رسد، مداخله ی نمایش درمانی که بر مبنای ذهنی سازی باشد بتواند بر روی کودکان با اختلال

1. Mentalization based treatment

2. Gambin

3. Connors Attention Deficit Hyperactivity Disorder Questionnaire (CADHDQ)

از ۵۷ بیانگر اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی است. هرچه امتیاز بالاتر رود، شدت اختلال کودک بیشتر است و برعکس. این ابزار رایج ترین مقیاس اندازه گیری شدت علائم اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی به شمار می رود. کانرز و همکاران (۳۹) پایایی بازآزمایی فرم معلم این مقیاس را در طول یک ماه تا یک سال از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ و پایایی بین نمره گذاری معلمان را ۰/۷۰ گزارش کرده است؛ همچنین ضرایب آلفای کرونباخ آن را بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۵ گزارش کرده است. پژوهش شهیم و همکاران (۴۰) ضریب پایایی بازآزمایی برای نمره کل ۰/۸۵ و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۶ به دست آمد که حکایت از اعتبار آزمون دارد و همچنین روایی آزمون تأیید شده است. پایایی این پرسشنامه نیز در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم هیجان برای کودک و نوجوان^۱: پرسشنامه تنظیم هیجان کودک و نوجوان با اقتباس از پرسشنامه تنظیم هیجان بزرگسالان در سال ۲۰۱۲ توسط گولون و تافه^۲ تدوین شد (۴۱). این پرسشنامه شامل ۱۰ آیتیم است که دو راهبرد کلی تنظیم هیجان یعنی ارزیابی مجدد (۶ آیتیم) و سرکوبی

(۴ آیتیم) را اندازه می گیرد. هر آیتیم شامل یک طیف لیکرت ۵ درجه ای: کاملاً مخالفم (۱) تا: کاملاً موافقم (۵) است. گولون و تافه (۴۱) روایی و پایایی پرسشنامه فوق را مطلوب و با ضریب همسانی درونی ۰/۷۳ و ضریب بازآزمایی برای هر دو راهبرد ۰/۶۹ گزارش کرده است. لطفی و همکاران (۴۲) نیز آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل پرسشنامه را ۰/۸۱ و برای دو عامل ارزیابی مجدد و سرکوبی به ترتیب مقادیر ۰/۷۹ و ۰/۶۸ و گزارش کرده اند؛ همچنین همبستگی محاسبه شده برای ارتباط میان دو عامل ارزیابی مجدد و سرکوبی با زیرمقیاس های عاطفه مثبت و منفی، نشانگان اضطرابی و افسردگی نشان دهنده رابطه معنادار بود. پایایی این پرسشنامه نیز در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۹ به دست آمد.

معرفی برنامه مداخله: برنامه نمایش درمانی بر مبنای ذهنی سازی براساس دیدگاه هاوستین-فرانکلین^۳ (۴۳) به صورت گروهی در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه ای توسط مجری مجرب اجرا شد. خلاصه جلسات برنامه نمایش درمانی بر مبنای ذهنی سازی در جدول (۱) اشاره شده است.

جدول (۱) خلاصه محتوای جلسات نمایش درمانی بر مبنای ذهنی سازی (۴۳)

جلسه	هدف	محتوا
۱	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، آشنایی اعضا با نمایش درمانی و ذهنی سازی	آشنایی و معرفی اعضای گروه، بیان اهداف گروه و مسئولیت های رهبر و اعضای گروه، بیان قوانین و ساختار جلسات، افزایش شناخت مشاور از دانش آموزان جهت ایجاد رابطه مؤثر، بررسی مفاهیم، نمایش درمانی، ذهنی سازی، تنظیم هیجان، کارکردهای توجهی، اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی
۲	شناخت هیجانات	شناخت ۷ هیجان اصلی، علاقه (کنجکاوی و رفتار اکتشافی)، ترس، خشم، اضطراب، عشق، لذت از طریق اجرای نمایش و آموزش پیامدهای شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری واکنش های هیجانی و رابطه بین هیجان، شناخت و رفتار، چگونگی پاسخ به تجربیات هیجانی خود
۳	آگاهی بدنی	آگاهی بدنی، ژست بدن (حالت قرارگیری بدن)، خواندن زبان بدن و آگاهی از محرک های حسی و پاسخ به آنها از طریق ایفای نقش
۴	آشنایی با باورهای خود و دیگران و ماهیت روابط بین فردی	بازگویی یک قصه (داستان سارا و پدرش: تولد سارا است و او به این مناسبت مشتاقانه منتظر رسیدن پدرش است اما پدر که شب به منزل می آید، تولد سارا را فراموش می کند و...) به صورت ناتمام به وسیله مشاور و درخواست او از دانش آموزان برای کامل کردن قصه، بنا بر تخیل خودشان در قالب ایفای نقش و اجرای نمایش، به جهت رؤیت برداشت هریک از آنها از افکار، هیجانات و خلق خودشان و ایجاد خودباوری در آنها

1. Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA)

2. Gullone & Taffe
3. Havsteen-Franklin

جلسه	هدف	محتوا
۵	تسلط بر مسئله و تسلط بر افکار و احساسات	کار روی خودپنداره مثبت، رشد عزت نفس، طرز برداشت کودک از خود، از طریق رسم تصاویری به دست کودک و هم ذات پنداری با آن تصویر در قالب ایفای نقش و رفتن کودک در قالب آن نقش و صحبت به جای آن
۶	آشنایی با حقوق خود و دیگران و چگونگی مطالبه آنها	در این جلسه یکی از دانش آموزان جداگانه می نشیند و دیگر همکلاسی ها هر کدام در حد یک جمله او را وصف می کنند و با توجه به شناختی که از او دارند وی را قضاوت می کنند. گویی شخصیت اصلی حرف آنها را نمی شنود. این شیوه به جهت شناخت هرچه بیشتر دانش آموزان از یکدیگر و تخلیه عواطف و هیجاناتشان نسبت به هم به دور از درگیری و پرخاشگری و برای بازگو کردن حرف های ناگفته بین شان صورت می گیرد.
۷	ذهنی سازی هیجانات	در این جلسه به موضوع تنظیم هیجان در دیگران اشاره می کنیم. به این صورت که از یکی از شرکت کنندگان می خواهیم نقش کسی را که آشفته است بازی کند؛ ترکیبی از ناامیدی و خشم؛ و هر یک از اعضای گروه جداگانه این روند را پیش ببرند: ۱- بفهمد این شخص چه احساسی دارد. ۲- بفهمد چرا این احساس را دارد. ۳- سعی کند او را تسلی دهد. در پایان هر فرد باید بگوید که چه رفتارهایی برای او تسلی بخش است و به تفاوت های فردی در این زمینه اشاره می کنیم.
۸	تقویت تعاملات بین فردی	آموزش مهارت های مرتبط به تعامل و توانایی برقراری ارتباط با نگاه و استفاده درست از لحن صدا و رعایت نوبت در صحبت کردن و سؤال کردن از طریق ایفای نقش
۹	تقویت تعاملات بین فردی	آموزش مهارت های همراهی کردن با دیگران؛ به کاربردن واژه های مؤدبانه؛ تشریک مساعی؛ پیروی از مقررات؛ لمس کردن به طریق درست از طریق اجرای نمایش
۱۰	جمع بندی و اجرای پس آزمون	جمع بندی در محتوای تمامی جلسات، تجلیل از تلاش های هنری کودکان و اجرای پس آزمون

آزمایشی، جلسات آموزشی براساس نمایش درمانی بر مبنای ذهنی سازی برگزار شد و گروه گواه درمانی دریافت نکرد. به دلیل ملاحظات اخلاقی در پایان پژوهش، برای افراد گروه گواه نیز مداخلات صورت گرفت. پس از پایان جلسات آموزشی، پرسشنامه تنظیم هیجان برای کودک و نوجوان به عنوان پس آزمون بلافاصله و پیگیری به فاصله یک ماه انجام گرفت.

پس از انتخاب افراد براساس اصول اخلاقی، در مورد موضوع و اهداف پژوهش اطلاعات مختصری به آنها ارائه شد، به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه گیری کلی منتشر می شوند و آنها اختیار دارند در هر مرحله ای از آموزش انصراف دهند و رضایت نامه کتبی از شرکت کنندگان گرفته شد. پرسشنامه ها ابتدا توسط هر دو گروه تکمیل شد و سپس برای گروه

یافته ها

دو گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). در ادامه آماره های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه ها در جدول (۲) گزارش شده است.

براساس یافته های حاصل از داده های جمعیت شناختی، میانگین و انحراف استاندارد سنی در گروه آزمایشی ($9/69 \pm 0/82$) و گروه گواه ($10/26 \pm 0/22$) بود. آزمون خی دو نشان داد از نظر سنی بین

جدول ۲) شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه های آزمایشی و گواه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ارزبایی مجدد	آزمایشی	۱۵/۷۳	۵/۰۶	۲۲/۹۳	۴/۹۳	۲۴/۱۳	۴/۸۶
	گواه	۱۴/۴۶	۲/۲۳	۱۵/۸۰	۴/۴۱	۱۴/۸۶	۴/۳۲
سرکوبی	سرکوبی	۱۲/۷۳	۲/۸۹	۹/۴۶	۳/۰۹	۹/۰۶	۲/۹۸
	گواه	۱۲/۶۰	۳/۳۵	۱۳/۲۰	۲/۷۸	۱۳/۴۰	۲/۵۵

تنظیم هیجان

نشد ($P > 0/05$). از آزمون لوین برای رعایت پیش فرض های آزمون کوواریانس استفاده شد که نتایج آن نشان داد برابری واریانس در مؤلفه های ارزبایی مجدد ($F = 3/675, P > 0/05$) و سرکوبی ($F = 1/358, P > 0/05$) در گروه ها رد نشد. همچنین نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد سطح معناداری در مؤلفه ها از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین هاس- گایزر در این مؤلفه ها استفاده شد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون کوواریانس برقرار است.

همان طور که در جدول (۲) مشاهده می شود میانگین نمرات مؤلفه ارزبایی مجدد گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه در مرحله ی پس آزمون نسبت به مرحله ی پیش آزمون افزایش و نمرات مؤلفه سرکوبی کاهش بیشتری داشته است. به منظور تحلیل داده ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع در هر دو گروه رد

جدول ۳) نتایج آزمون های چندمتغیری (لامبدای ویلکز) متغیرهای وابسته

متغیر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	Sig	Eta
ارزبایی مجدد	۰/۴۶۶	۱۵/۴۴۳	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳۴
سرکوبی	۰/۵۵۱	۱۱/۰۱۰	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴۹

نتایج آماره لامبدای ویلکز در آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که بین گروه ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/001$).

جدول ۴) تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی

مؤلفه	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
ارزبایی مجدد	مراحل	۳۷۵/۸۲۲	۲	۱۸۷/۹۱۱	۲۹/۶۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۱۴
	تعامل مراحل و گروه	۲۵۷/۴۲۲	۲	۱۲۸/۷۱۱	۲۰/۲۸۰	۰/۰۰۱	۰/۴۲۰
	گروه	۷۸۰/۲۷۸	۱	۷۸۰/۲۷۸	۱۷/۰۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۷۹
سرکوبی	مراحل	۳۸/۴۲۲	۱/۱۶۹	۳۲/۸۶۴	۸/۹۰۹	۰/۰۰۴	۰/۲۴۱
	تعامل مراحل و گروه	۸۸/۱۵۶	۱/۱۶۹	۷۵/۴۰۴	۲۰/۴۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲۲
	گروه	۱۵۷/۳۴۴	۱	۱۵۷/۳۴۴	۷/۱۹۴	۰/۰۱۲	۰/۲۰۴

ادامه مقایسه ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در جدول (۵) آمده است.

نتایج جدول (۴) نشان می دهد میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای ابعاد متغیرهای ارزبایی مجدد ($20/280$) و سرکوبی ($20/441$) معنادار است ($P < 0/001$). همچنین در

جدول ۵) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی منغیرهای پژوهش برای ۳ بار اجرا

مؤلفه	مراحل	گروه آزمایش	
		تفاوت میانگین ها	سطح معناداری
ارزبایی مجدد	پیش آزمون - پس آزمون	-۴/۲۶۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون - پیگیری	-۴/۴۰۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون - پیگیری	-۰/۱۳۳	۱/۰۰۰
سرکوبی	پیش آزمون - پس آزمون	۱/۳۳۳	۰/۰۱۴
	پیش آزمون - پیگیری	۱/۴۳۳	۰/۰۱۵
	پس آزمون - پیگیری	۰/۱۰۰	۱/۰۰۰

با توجه به جدول (۵)، در متغیر سرکوبی میانگین گروه آزمایشی در پس آزمون و پیگیری به صورت معناداری کمتر و در متغیر ارزبایی مجدد بیشتر از مرحله پیش آزمون است ($P < 0/01$)، در حالی که، تفاوت بین پس آزمون و مرحله پیگیری معنادار نیست ($P > 0/01$)؛ اما در گروه گواه تفاوتی بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری وجود ندارد ($P > 0/01$). این یافته بدان معناست که بسته نمایش درمانی بر مبنای ذهنی سازی نه تنها منجر به بهبود مؤلفه های تنظیم هیجان در گروه آزمایشی شده است، بلکه این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی نمایش درمانی بر مبنای ذهنی سازی بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی انجام گرفت. نتایج نشان داد، بسته نمایش درمانی بر مبنای ذهنی سازی بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی اثربخش است. این یافته با برخی از نتایج امیری و همکاران (۲۹)، رستم پور و حسین ثابت (۳۰)، طهماسبی آشتیانی و همکاران (۳۱)، دارابی و همکاران (۳۲)، فوناگی و بتمن^۱ (۳۳)، بشرپور و عینی (۳۶)، قنبری و همکاران (۳۷)، گامبین و همکاران (۳۸) همسو است. برای مثال، امیری و همکاران (۲۹) نشان دادند که تأثیر درمانی منجر به بهبود معنادار تنظیم هیجان، اضطراب تعامل اجتماعی و حساسیت اضطرابی می شود. رستم پور و حسین ثابت (۳۰) نیز دریافتند که نمایش درمانی تأثیر مثبت و معناداری بر ذهن آگاهی و تنظیم هیجان در دانش آموزان پسر دبیرستانی داشته است و این اثربخشی تا ۲ ماه دوام داشته است. بشرپور و عینی (۳۶) نیز

نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر بهبود بدتنظیمی هیجانی آزمودنی ها اثربخش است. نتایج قنبری و همکاران (۳۷) نیز حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر کارکرد عاطفی و تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی بود. در تبیین این یافته این گونه می توان گفت که در نمایش درمانی افراد از طریق بیان احساسات شان از قبیل ترس و اضطراب هیجانات خود را تخلیه و ابراز می کنند؛ به همین دلیل بسیاری از پژوهشگران معتقدند که هنر این امکان را برای افراد فراهم می کند که با استفاده از ابزار هنری از قبیل نمایش، بازی و اجرا، هیجانات و احساسات خود را بیان کنند (۲۳). همچنین یکی از فنون نمایش درمانی، شناسایی هیجانات است که در این فن افراد یاد می گیرند به جای فرار از هیجانات آنها را بپذیرند و آنها را به صورت صحیح ابراز کنند؛ نتایج پژوهش ها در رویکردهای دیگر نشان داده که استفاده از فنون مشابه این روش که در رویکردهای از قبیل فراتشخیصی استفاده می شود، مشکلات هیجانی را بهبود می بخشد. درواقع، نمایش درمانی با ایجاد موقعیتی مناسب برای ارتباط برقرار کردن، گوش دادن، پریشان نبودن و لذت بردن فرصتی را برای افراد فراهم می کند که آنها به عنوان یک شخص نه یک بیمار درک شوند و احساسات و هیجانات خود را فارغ از مثبت یا منفی بودن ابراز کنند (۲۹). همچنین نمایش درمانی واجد شرایط والایش یا همان تخلیه عواطف منفی سرکوب شده و پنهان است؛ درواقع والایش و تصفیه عواطف درون از عواطف و احساس های منفی، سرکوب شده و ناهشیار می تواند به بهبود مشکلات هیجانی منتهی شود (۲۱). علاوه براین در تبیین این یافته بر مبنای پژوهش اربی^۲ و همکاران (۲۴) می توان گفت که نمایش درمانی

1. Fonagy, Bateman

2. Fonagy, Bateman

و کامل می‌شوند و از این طریق در خزانه رفتاری کودک یکپارچه می‌شوند (۲۵)؛ نمایش، هیجانات منفی را تنظیم کرده و استرس را کاهش می‌دهد، رویدادهای مهم زندگی را دگرگون می‌سازد، دانش شناختی و عاطفی جدیدی در روان منسجم می‌سازد، تلاش می‌کند فضایی ایجاد کند که رفتارها و راه‌حل‌های جدید در آن مورد آزمون قرار گیرد و به این ترتیب می‌تواند به مدیریت هیجانات کمک کند (۳۷).

با توجه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس در این پژوهش، تعمیم یافته‌های آن باید با احتیاط صورت گیرد. انتخاب نمونه تصادفی می‌تواند متغیرهای مداخله‌گر تأثیرگذار در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید. همچنین محدود بودن جامعه آماری به یک گروه سنی (۹ تا ۱۱ سال) را می‌توان به عنوان دیگر محدودیت این پژوهش عنوان کرد که باعث می‌شود در تعمیم نتایج احتیاط بیشتری داشته باشیم، از سویی می‌توان پیشنهاد کرد که در بازه‌های سنی بالاتر و در جامعه آماری گسترده‌تر نیز این پژوهش را انجام داد. همچنین پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخشی بسته نمایش درمانی بر مبنای ذهنی‌سازی بر تنظیم هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، متخصصان و درمانگران از این بسته‌ی درمانی جهت بهبود مشکلات عاطفی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی استفاده کنند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی با یکدیگر ندارند.

References

1. American Psychiatric Association. Understanding Mental Disorders: Your Guide to DSM-5-TR®. American Psychiatric Pub; 2022. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
2. Khare SK, Acharya UR. An explainable and interpretable model for attention deficit hyperactivity disorder in children using EEG signals. Computers in biology and medicine. 2023; 155:106676. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010482523001415>
3. Choi YJ, Cho J, Hong YC, Lee DW, Moon S, Park SJ, Lee KS, Shin CH, Lee YA, Kim BN, Kaminsky Z. DNA methylation is associated with prenatal exposure to sulfur dioxide and childhood attention-deficit hyperactivity disorder symptoms. Scientific reports. 2023; 13(1):3501. <https://www.nature.com/articles/s41598-023-29843-y>

به فرد کمک می‌کند تا با تجسم و نقش بازی کردن یک مسئله به جای فقط صحبت کردن در مورد آن، مسئله را بازنگری کند. این شیوه، تحلیل شناختی را با ابعاد تجربی و کنشی پیوند می‌دهد و از طریق تعامل بین فردی در یک مسئله و درگیر کردن جسم و ذهن در اینجا و اکنون باعث آگاهی فرد از نظرات و احساسات می‌شود که فقط گفتگو درباره‌ی آن کافی نیست؛ همچنین به رفتار درآوردن یک احساس، تفکر یا نگرش ویژه با استفاده از حرکات و حالات بدنی باعث درک و شناخت کامل‌تری از دنیای بیرونی و درونی و تنظیم رفتارهای خود با توجه به موقعیت‌ها و شرایط می‌شود که این عوامل می‌توانند نقش مؤثری در ارتقاء تنظیم هیجان آزمودنی‌ها داشته باشند. از سوی دیگر، فردی که دارای توانایی در زمینه ذهنی‌سازی است درواقع دارای بازنمایی‌های ذهنی سطوح بالاتر و فهم دنیای درون روانی خود و دیگران است که به تبع این موضوع قادر به فهم هیجانات خود و دیگری خواهد بود و در مواجهه با هیجانات منفی و تحمل‌ناپذیر راهبرد سازگارانه و به دور از تکانشگری و رفتارهای خود تخریبی خواهد داشت و در مجموع به دلیل داشتن والد ایمن و به حد کافی خوب که موجبات بازنمایی‌های درونی که به مثابه فیلترهای ذهنی در رویارویی با هیجانات عمل می‌کند این فرد در اجتماع و روابط عاطفی از سازوکارهای غنی و رشد یافته و انطباقی در تنظیم هیجان استفاده خواهد کرد و درگیر بدتنظیمی هیجانی نخواهد بود (۳۸). ذهنی‌سازی به مثابه یک شکل از تصویری است که به ما اجازه می‌دهد رفتار انسان‌ها را در اصطلاح حالت‌های ذهنی درونی (نیازها، امیال، باورها، اهداف، قصد و دلایل) درک و تفسیر کنیم، در نتیجه این ظرفیت موجب افزایش عاملیت، تنظیم هیجان و خودکنترلی می‌شود (۳۳). علاوه بر این، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به رشد و تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمان‌جو و بازشناسی و تجربه افکار و هیجانات می‌پردازد؛ بنابراین در این شیوه درمانی با افزایش ظرفیت ذهنی‌سازی، ظرفیت خوبی نیز برای عضوگیری رابطه ایجاد می‌شود، به عبارتی، آنها قادر می‌شوند با دیگران که مراقب و مفید هستند و می‌توانند در تنظیم مشترک هیجانات و ناملایمات کمک کنند، ارتباط برقرار کنند و در جهت بهبود تنظیم هیجانات خود گام بردارند (۳۱). در نهایت می‌توان گفت، از دیدگاه ذهنی‌سازی بازی و نمایش شکلی از یادگیری اجتماعی است، چراکه همه انواع تجربیات در زندگی روزمره در آن مجدداً تمرین می‌شوند، تغییر می‌یابند

4. Jung B, Ahn K, Justice C, Norman L, Price J, Sudre G, Shaw P. Rare copy number variants in males and females with childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*. 2023;28(3):1240-7. <https://www.nature.com/articles/s41380-022-01906-y>
5. Garcia-Argibay M, Li L, Du Rietz E, Zhang L, Yao H, Jendle J, Ramos-Quiroga JA, Ribasés M, Chang Z, Brikell I, Cortese S. The association between type 2 diabetes and attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review, meta-analysis, and population-based sibling study. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2023;105076. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763423000453>
6. Du R, Zhou Y, You C, Liu K, King DA, Liang ZS, Ranson JM, Llewellyn DJ, Huang J, Zhang Z. Attention-deficit/hyperactivity disorder and ischemic stroke: A Mendelian randomization study. *International Journal of Stroke*. 2023;18(3):346-53. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/17474930221108272>
7. Soman SM, Vijayakumar N, Ball G, Hyde C, Silk TJ. Longitudinal changes of resting-state networks in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and typically developing children. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. 2023;8(5):514-21. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2451902222000179>
8. Soler Artigas M, Sánchez-Mora C, Rovira P, Vilar-Ribó L, Ramos-Quiroga JA, Ribasés M. Mendelian randomization analysis for attention deficit/hyperactivity disorder: studying a broad range of exposures and outcomes. *International Journal of Epidemiology*. 2023; 52(2): 386-402. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35690959/>
9. Núñez-Jaramillo L, Herrera-Solís A, Herrera-Morales WV. ADHD: Reviewing the causes and evaluating solutions. *Journal of personalized medicine*. 2021;11(3):166. <https://www.mdpi.com/2075-4426/11/3/166>
10. Thygesen M, Holst GJ, Hansen B, Geels C, Kalkbrenner A, Schendel D, Brandt J, Pedersen CB, Dalsgaard S. Exposure to air pollution in early childhood and the association with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Environmental research*. 2020;183:108930. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013935119307273>
11. Silverman MR, Bennett R, Feuerstahler L, Stadterman J, Dick AS, Graziano P, Roy AK. Measuring emotion dysregulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: revisiting the factor structure of the emotion regulation checklist. *Behavior therapy*. 2022;53(2):196-207. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789421001015>
12. Biederman J, DiSalvo M, Woodworth KY, Fried R, Uchida M, Biederman I, Spencer TJ, Surman C, Faraone SV. Toward operationalizing deficient emotional self-regulation in newly referred adults with ADHD: A receiver operator characteristic curve analysis. *European Psychiatry*. 2020;63(1):e21. <http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2019.11>
13. Graziano PA, Garcia A. Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2016;46:106-23. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735816301350>
14. Linca FI, Budisteanu M, Popovici DV, Cucu N. The Moderating Role of Emotional Regulation on the Relationship between School Results and Personal Characteristics of Pupils with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Children*. 2022;9(11):1637. <https://www.mdpi.com/2227-9067/9/11/1637>
15. Sanabra M, Gómez-Hinojosa T, Grau N, Alda JA. Deficient emotional self-regulation and sleep problems in ADHD with and without pharmacological treatment. *Journal of Attention Disorders*. 2022;26(3):426-33. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1087054720986242>
16. Breaux R, Dvorsky MR, Marsh NP, Green CD, Cash AR, Shroff DM, Buchen N, Langberg JM, Becker SP. Prospective impact of COVID-19 on mental health functioning in adolescents with and without ADHD: Protective role of emotion regulation abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2021;62(9):1132-9. <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpp.13382>
17. Christiansen H, Hirsch O, Albrecht B, Chavanon ML. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and emotion regulation over the life span. *Current psychiatry reports*. 2019;21:1-1. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-019-1003-6>
18. Steinberg EA, Drabick DA. A developmental psychopathology perspective on ADHD and comorbid conditions: The role of emotion regulation. *Child Psychiatry & Human Development*. 2015;46:951-66. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10578-015-0534-2>
19. Groves NB, Chan ES, Marsh CL, Gaye F, Jaisle EM, Kofler MJ. Does central executive training and/or inhibitory control training improve emotion regulation for children with attention-deficit/hyperactivity disorder? A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;13:1034722. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2022.1034722/full>
20. Frydman JS, Mayor C. A Scoping Review on the Use and Potential of School-Based Drama Therapy to Enhance Socio-emotional Skills in Early Childhood. *Early Childhood Education Journal*. 2023;1-2. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10643-023-01471-1>
21. Walsh, F. (2012). *Theatre and therapy: Macmillan International Higher Education*.
22. Jiang L, Alizadeh F, Cui W. Effectiveness of Drama-Based Intervention in Improving Mental Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis during the COVID-19 Pandemic and Post-Pandemic Period. *InHealthcare* 2023, 11 (6), 839. <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/6/839>

23. Marsick E. Cinematherapy with preadolescents experiencing parental divorce: A collective case study. *The Arts in Psychotherapy*. 2010;37(4):311-8. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0197455610000687>
24. Erbay LG, Reyhani İ, Ünal S, Özcan C, Özgöçer T, Uçar C, Yıldız S. Does psychodrama affect perceived stress, anxiety-depression scores and saliva cortisol in patients with depression?. *Psychiatry investigation*. 2018; 15(10):970. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6212706/>
25. Tessier VP, Normandin L, Ensink K, Fonagy P. Fact or fiction? Alongitudinal study of play and the development of reflective functioning. *Bulletin of the Menninger clinic*. 2016;80(1):60-79. <https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/bumc.2016.80.1.60>
26. Langley DM, Langley GE. *Dramatherapy and psychiatry*. Routledge; 2018 Sep 21. <https://www.amazon.com/Dramatherapy-Psychiatry-Routledge-Library-Editions/dp/1138624926>
27. Irwin EC, Dwyer-Hall H. Mentalization and drama therapy. *The Arts in Psychotherapy*. 2021;73:101767. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0197455621000125>
28. Arefi Shelkh, B., Asghari, A., Visi, A. The Effectiveness of Drama Therapy on Social Skills and Shyness of 9–11-Year-Old Girls in Marivan City. *Social Psychology Research*, 2022; 12(46): 17-36. [Persian] https://www.socialpsychology.ir/article_156045.html?lang=en
29. Amiri A, Kadkhodai M, Derakhshani M, Kheirabadi Z, Lavaf Arani M J. The effectiveness of theater therapy on sensitivity anxiety, emotion regulation, and social interaction anxiety of patients with social anxiety. *Rooyesh* 2022; 11 (5) :171-182. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-3616-fa.html>
30. Roštampor, M., Hoseinsabet, F. Effectiveness of Drama Therapy in Mindfulness and Emotion Regulation of High School Male Students. *Journal of Modern Psychological Researches*, 2018; 13(49): 167-186. [Persian] 20.1001.1.27173852.1397.13.4 9.8.6
31. Tahmasebiashtiani E, Vatankehah Amjad F, karimgholipour N, Soleimani H. The effectiveness of mentalization-based therapy on insecure attachment, fear of intimacy and suicidal ideation in people with major depressive disorder. *IJPN* 2022; 10 (2) :85-97. [Persian] <http://ijpn.ir/article-1-1975-fa.html>
32. Darabi M, Manavipour D, Mohammadi A. The effectiveness of the Mentalization -based program (mother and child) in children's behavioral problems. *journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 2022; 3(1): 303-314. [Persian] <http://jayps.iranmehr.ac.ir/article-1-135-fa.html>
33. Fonagy P, Bateman AW. Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of clinical psychology*. 2006;62(4):411-30. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.20241>
34. Choi-Kain LW. The Expanding Scope of Mentalization-Based Treatments. *American Journal of Psychotherapy*. 2022;75(1):2-3. <https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.psychotherapy.20220012>
35. Stancliffe RJ, Wiese MY, Read S, Jeltres G, Clayton JM. Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability staff differ?. *Research in developmental disabilities*. 2016;49:47-59. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S089142221530010X>
36. Basharpour S, Einy S. The Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on Emotional Dysregulation and Impulsivity in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Shefaye Khatam* 2020; 8 (3) :10-19. [Persian] <http://shefayekhatam.ir/article-1-2117-fa.html>
37. Ghanbari, F., Naziri, Q., Omidvar, B. The effectiveness of mentalization-based treatment on quality of life among children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of psychological models and methods* . 2020;11(40):151-172. [Persian] <https://sid.ir/paper/999097/en>
38. Gambin M, Woźniak-Prus M, Konecka A, Sharp C. Relations between attachment to mother and father, mentalizing abilities and emotion regulation in adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*. 2021;18(1):18-37. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17405629.2020.1736030>
39. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of abnormal child psychology*. 1998 Aug;26:257-68. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9700518/>
40. Shahim S, Mehrangiz L., Yousefi F. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in primary school children. *Iranian Journal of pediatrics*. 2007, 17(2):211-216. <https://sid.ir/paper/76168/en>
41. Gullone E, Taffe J. The emotion regulation questionnaire for children and adolescents (ERQ-CA): a psychometric evaluation. *Psychological assessment*. 2012;24(2):409. <https://psycnet.apa.org/record/2011-24223-001>
42. Lotfi M, Bahrampouri L, Amini M, Fatemitabar R, Birashk B, Entezari M et al . Persian Adaptation of Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA) . *J Mazandaran Univ Med Sci* 2019; 29 (175) :117-128. [Persian] <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-12374-fa.html>
43. Havsteen-Franklin D. Mentalization-based art psychotherapy. In *Approaches to Art Therapy*. 2016; (pp. 144-163). Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315716015-14/mentalization-based-art-psychotherapy-dominik-havsteen-franklin>